UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951 N° 25

Contribution à l'étude de la TUBERCULOSE DE L'URETRE ANTERIEUR

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Avril 1951

PAR

Paul LACOMBE

Membres du Jury... MM. FABRE, *Président.*
VIRENQUE
GADRAT *Assesseurs*
LHEZ
BAZEX, *Suppléant.*

MONTAUBAN
IMPRIMERIE L. VIDAL -- 4, RUE PORTE-DU-MOUSTIER, 4
1951

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA TUBERCULOSE

DE L'URETRE ANTERIEUR

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1951 N° 25

Contribution à l'étude de la TUBERCULOSE DE L'URETRE ANTERIEUR

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement en Avril 1951

PAR

Paul LACOMBE

Membres du Jury... MM. FABRE, *Président.*
VIRENQUE, GADRAT, LHEZ — *Assesseurs*
BAZEX, *Suppléant.*

MONTAUBAN
IMPRIMERIE L. VIDAL -- 4, RUE PORTE-DU-MOUSTIER, 4
1951

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFÈBVRE.
Assesseur	BRUSTIER.
Doyens honoraires	GORSE. CALVET.

Professeurs honoraires :

MM. RISPAL, MÉRIEL, RIBAUT, CLERMONT, LAFFORGUE, SERR, GARIPUY, VALLOIS.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique de neurologie et de psychiâtrie	RISER.	Pharmacie	CAUJOLLE.
	TAPIE.	Bactériologie — Hygiène — Médecine sociale	ANDRIEU.
Clinique médicale	ROQUES.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique obstétricale	GUILHEM.	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.	Matière médicale	VINCENT.
Physique biolog. et médic.	BUGNARD.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MÉRIEL (P.).
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	NANTA.	Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER.	Clinique oto-rhino-laryngologique et chir. maxillo-faciale	CALVET.
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL	Clinique ophtalmologique.	CALMETTES.
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFÈBVRE.	Chimie biologique	VALDIGUIÉ.
Anatomie	LAZORTHES.	Médecine lég. et du travail	PLANQUES.
Histoire naturelle	DELAS.	Histologie et embryologie.	BROUSSY.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).	Médecine sociale	BOUNHOURE.
Pathologie int. et clin. des maladies de la tuberculose	MOREL.	Thérapeutique	GADRAT.
		Pathologie chirurgicale	GRIMOUD.

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Physiologie ..... M. BAISSET. | Anatomie ..... M. COULOUMA.

MAITRES DE CONFÉRENCES — AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	POULHÈS.	Chimie biologique	POLONOVSKI.
Histologie	BIMES.	Physique médicale	AUVERGNAT.
Sciences naturelles	BOUISSET.	Chimie gén. pharm.	BLANC.
Pharmacie	COUTURIER.	Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU
Bactériologie	Mme ENJALBERT.		

AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Médecine	DARNAUD. GÉRAUD. DARDENNE. LAPORTE (J.) BAUDOT.	Obstétrique	PONTONNIER.
		Chirurgie	RIEUNAU. DIEULAFÉ. DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	DÉODATI.	Odonto-Stomatologie	CADENAT.
Physique Médicale	MARQUÈS.	Oto-rhino-laryngologie	CLAUX.
		Urologie	LHEZ.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	GUILHEM.	Chimie analytique	BLANC.
Chimie biologique	Couste-Blazy.	Hydrologie et géologie	ASTRÉ.
Chimie pathologique	VALDIGUIÉ (P	Médecine opératoire	THOMAS.
Chimie minérale	BLANC.	Pharmacodynamie (Méd).	BAISSET.
Physique Pharmaceutique.	AUVERGNAT	Pharmacodynamie (Pharm)	CAUJOLLE.
Dermatologie et syphyligr.	BAZEX.	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.	Ophtalmologie	DÉODATI.
Tuberculose	MOREL (L.).	Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Clinique pulmonaire	DAMBRIN (P.	Mycologie	MORQUER.
Parasitologie	LASSERRE.	Physiologie	COLOMBIÈS.
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU.		

Secrétaire de la Faculté.. ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 Mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK

A MON PERE ET A MA MERE

qu'ils trouvent ici l'expression de ma profonde reconnaissance, pour m'avoir permis ces longues études médicales.

A MA FEMME

en témoignage de toute la tendresse que je lui porte.

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MON MAITRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Pierre FABRE,

Professeur de Clinique des Maladies des Voies Urinaires

qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse,

En témoignage de reconnaissance et de profond respect.

A MON JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE,

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie, Chirurgien des Hôpitaux.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GADRAT,

Professeur de Thérapeutique.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LHEZ,

Professeur Agrégé d'Urologie

en témoignage de ma reconnaissance pour les enseignements qu'il m'a donnés et pour l'aide qu'il a bien voulu m'apporter dans l'élaboration de cette thèse.

MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX,

Chargé de Cours à la Faculté.

Avec toute ma gratitude pour l'honneur qu'ils me font en acceptant de juger cette thèse.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES CHEFS DE SERVICE

DE L'HOPITAL DE MONTAUBAN

A TOUS MES AMIS ET CAMARADES D'INTERNAT

Introduction

La tuberculose de l'urètre antérieur, après avoir été longtemps méconnue, a été toujours signalée comme une maladie, sinon exceptionnelle, du moins assez rare.

Découverte fortuite au cours d'un examen clinique ou trouvaille d'autopsie, c'est ainsi qu'elle apparaît dans les premières observations qui la mentionnent.

En relisant le mémoire de Halle *et* Motz *sur la tuberculose de l'urètre antérieur, on se convaincra certes de son existence, mais aussi de sa relative rareté et de son polymorphisme. Dans la plupart des cas, il s'agit de l'inoculation directe de la muqueuse urétrale par des lésions tuberculeuses sus-jacentes des reins, de la vessie, de la prostate et de l'urètre postérieur; lésions frappant en général des tuberculeux avérés : ces lésions restent d'ailleurs très souvent latentes, parfois découvertes d'autopsie, en tout cas, toujours au second plan, derrière des lésions uro-génitales graves. Elles ne sont, en général, susceptibles d'aucun traitement particulier autre que celui du foyer initial, et du moins restent souvent au-dessus de toute tentative chirurgicale.*

Existe-t-il, à côté de ces formes généralisées et secondaires à une tuberculose urinaire chez des tuberculeux avancés, des formes plus discrètes, où la localisation apparaît, sinon réellement primitive, du moins cliniquement isolée, et prend une prédominance telle qu'un traitement particulier doive être institué ?

Question contestée, certes, mais aussi question peu connue.

Halle *et* Motz, *et plus récemment le Professeur* Marion, *ne déclarent-ils pas ne pas connaître une seule observation probante de tuberculose primitive de l'urètre antérieur.*

La publication de quelques cas, isolés certes, semble cependant devoir infirmer cette opinion.

Le problème ainsi posé n'est pas d'ordre purement spéculatif. Il offre un intérêt pratique certain; car si le traitement de la tuberculose secondaire de l'urètre antérieur se confond en général avec celui de la lésion tuberculeuse causale, uro-génitale ou autre, et n'offre très souvent, en lui-même, qu'un intérêt bien relatif en raison de la gravité de ces lésions, la tuberculose primitive, mérite, elle, d'être bien individualisée tant à cause du traitement spécial dont elle peut relever, que des complications propres qui peuvent en découler.

Ce sont donc ces dernières formes où l'atteinte urétrale sans être toujours élective n'en constitue pas moins la lésion prédominante qui fera l'objet de notre travail.

Voici le plan que nous adopterons :

I — Définition,
II — Observations,
III — Anatomo-pathologie,
IV — Etio-pathogénie,
V — Symptomatologie,
VI — Pronostic,
VII — Conduite thérapeutique,
VIII — Conclusion.

CHAPITRE I

Définition

Il peut sembler, à première vue, superflu de définir la tuberculose de l'urètre antérieur, les termes employés dans la dénomination même de la maladie apparaissant comme suffisamment explicites.

Cependant, nous pensons qu'il est nécessaire de limiter dès maintenant le sujet de notre travail, et limiter n'est-ce pas déjà définir ?

Les lésions tuberculeuses de la portion antérieure de l'urètre occupent, en effet, une place particulière dans l'étude des lésions tuberculeuses de l'urètre.

Si l'urètre antérieur et l'urètre postérieur apparaissent nettement différenciés au point de vue embryologique et anatomique, cette dualité ne fait que s'affirmer dans la pathologie en général, et la tuberculose en ce qui nous concerne, de cet organe.

La tuberculose de l'urètre postérieur est, en effet, une lésion banale, coincidant toujours avec une tuberculose de la prostate ou des vésicules séminales, et ne peut guère être séparée des lésions complexes du carrefour uro-génital.

Nous éliminerons, d'autre part, de notre étude, bien qu'elles soient très souvent primitives sans contestation aucune, les tuberculose de la verge à point de départ cutané ou autre et dont on rencontre des exemples relativement nombreux dans la littérature médicale.

La description et l'étude de ses lésions — ulcères tuberculeux le plus souvent — nous semble, en effet, rentrer dans le cadre de la dermatologie, la participation urétrale n'étant, en général, qu'une extension vers la profondeur de la lésion initiale.

Nous ne citerons que pour mémoire les deux observations suivantes :

Observation I.

J. Gate, Bontet et Mazare — 1942 — rapportent une observation de bacillose de la verge chez un homme de 41 ans, sans antécédents, ni héréditaires ni personnels, sans autre localisation bacillaire.

Cet homme a vu, en 10 ans, se développer les lésions que l'on voit aujourd'hui :

— augmentation considérable du volume de la verge, qui est dure, scléreuse, constellée de cicatrices et de nombreux orifices fistuleux laissant sourdre du pus ;

— infiltration du corps caverneux droit ;

— adénopathie inguinale.

Au toucher rectal, la vésicule séminale gauche est sensible.

Chez ce malade qui présentait par ailleurs un excellent état général, la preuve de l'étiologie bacillaire de ces lésions nous fut fournie par une inoculation positive au cobaye.

Observation II.

Scheidt — 1941 — publie ce cas de tuberculose primitive du pénis.

Un sujet de 72 ans vient consulter pour une petite tumeur du gland, qui est apparue 5 mois auparavant, au voisinage du sillon balano-préputial.

De la grosseur d'un noyau de cerise, cette petite tumeur de couleur jaunâtre est dure et siège loin de l'urètre sur la face dorsale du gland.

Les ganglions de l'aine gauche sont perceptibles, mais petits et indolores.

Une biopsie de la tumeur pénienne révèle une tuberculose.

Le tuberculome est extirpé au bistouri électrique — guérison.

Les différents examens des poumons et des voies génitales n'ont pu révéler de lésion tuberculeuse.

Pour notre part, nous bornerons notre travail à l'étude, par les observations qui suivent, des lésions tuberculeuses électives ou isolées de l'urètre antérieur.

CHAPITRE II

Observations

Observation I.

Nous citerons d'abord le cas d'un malade qu'il nous a été donné d'observer dans le service de M. le Professeur Fabre.

M. J. L., 42 ans, exerçant la profession de manœuvre.

Entre dans le service d'urologie le 14 janvier 1949.

Le malade présente de nombreux orifices fistuleux au niveau des organes génitaux externes par où s'écoulent pus et urine.

On ne note rien de suspect dans les antécédents du malade.

A. — Début de la maladie.

Il y a deux ans le malade a commencé à accuser une douleur à la miction, en même temps que sont apparus de petits nodules durs à la face inférieure de la verge. Ces nodules ont augmenté de volume et se sont rapidement ouverts à l'extérieur laissant sourdre un pus épais. *Dès ce jour,* le malade constate que l'urine sort par ces orifices fistuleux durant la miction.

Nous nous trouvons donc, dès le début, en présence d'une lésion intéressant d'emblée la muqueuse urétrale avec destruction partielle ou au moins effraction de celle-ci.

B. — Examen physique.

On note la présence de plusieurs fistules de la base de la verge au niveau du raphé médian des bourses, d'où sort un pus jaunâtre, épais, grumeleux.

La région péri-urétrale présente un véritable aspect en pomme d'arrosoir, et par ces multiples orifices on voit sourdre pus et urine.

— Les ganglions inguinaux et rétrocruraux apparaissent augmentés de volume et douloureux.

— Au toucher rectal, la prostate est douloureuse, augmentée de volume, les vésicules séminales sont normales.

— La région rénale apparaît absolument indolore au palper. L'examen clinique ne révèle rien d'anormal au niveau de tous les autres appareils.

On notera cependant au niveau du creux sus-claviculaire droit, la présence d'une cicatrice d'écrouelle et une atrophie du deltoïde droit, consécutive à un accident.

C. — Examens complémentaires.

— Cuti-réaction à la tuberculine : très fortement positive.

— Vitesse de sédimentation → 14 mm.
→ 40 mm.

— Urographie intraveineuse : imprégnation et élimination normale, morphologie normale des voies excrétrices.

— Epreuve d'élimination urinaire : normales.

— L'examen de l'appareil urinaire haut se révèle donc négatif.

— Le 27-1-49 : Prélèvement d'un ganglion inguinal dont l'examen histologique révèle la nature tuberculeuse.

— Examen des urines : pas de B.K.

— Examen du pus : pas de B.K. Présence de bacilles. Gram positif et Gram négatif intra-cellulaires.

Le 3-8-49 : Urétrographie :

— Bouleversement complet de la morphologie urétrale.

— Volumineuses dilacérations des tissus périurétraux avec formation de nombreuses poches et de multiples trajets fistuleux par où fuse le liquide opaque.

— Radiographie pulmonaire : image normale.

— Radiographie du bassin : image normale.

En présence de ces faits :

— Douleur à la miction.

— Emission d'urine par les orifices fistuleux, dès l'ouverture à l'extérieur de la lésion initiale.

— Adénopathies satellites de nature tuberculeuse.

— Absence d'autre localisation tuberculeuse, rénale en particulier.

On conclut à une tuberculose urétrale isolée fistulisée.

D. — Traitement.

On entreprend d'abord une cure de pénicilline afin de tarir l'écoulement purulent, dû à un élément de surinfection.

Puis, streptomycine, à raison de 1 gr. par jour, pendant 22 jours.

Rayons ultra-violets.

E. — Résultats.

a) *Au point de vue général :*

Grosse amélioration — le malade a pris plusieurs kilos. Aucun signe d'intolérance à la streptomycine.

b) *Au point de vue local.*

Léger nettoyage des fistules.

Cependant, par une fistule située sous la racine de la verge, il s'écoule encore pus et urine.

Vue l'amélioration locale et générale, on fait au malade une nouvelle série de streptomycine de 22 gr. — série terminée le 9-4-1949 — date à laquelle le malade a donc reçu 44 gr. de streptomycine.

A ce moment là, on note :

— Disparition à peu près complète de l'écoulement purulent par ces fistules.

— Cependant persistance de l'écoulement de l'urine par certaines fistules de la base de la verge qui reste encore indurée.

— Disparition des adénopathies inguinales.

— Etat général très satisfaisant, puisque le malade a pris en tout 8 kg.

Le malade quitte le service le 25-4-1949.

Rentre à nouveau le 28-12-1949.

— On note, à ce moment, la persistance d'un ou deux orifices fistuleux par où s'écoule l'urine seule, l'écoulement purulent s'étant totalement tari.

— Devant la persistance de la fistule urinaire, l'intervention chirurgicale est pratiquée le 18-1-50, par le Professeur Lhez :

a) Cystostomie,

b) Dissection et mise à plat de 2 régions distinctes.

A — *Au-dessous des bourses,* dissection d'un plan scléreux et fistulisé péri-urétral.

B — *Au niveau de la verge et de sa racine,* dissec-dissection d'un clapier entourant complètement la verge, et décollant la peau jusqu'au niveau du gland.

C — Tentative de dissection du tissu scléreux, la dissection n'a pu être menée jusqu'au bout sous peine de disséquer la verge en entier.

D — Fermeture des 2 régions au fil de soie.

Suites opératoires normales : la température diminue peu à peu, la plaie cicatrise bien.

On note, outre un état général très satisfaisant, une cicatrisation complète de tous les trajets fistuleux et un nettoyage total de la région.

Cependant l'urètre apparaît totalement détruit sur une longueur de 3 à 4 cm. dans la région des fistules, et il est impossible de le catéthériser même avec une bougie filiforme.

Il conviendra donc, après ablation de toute la zone de tissus scléreux, de reconstituer l'urètre :

— soit par urétrographie, en rapprochant et suturant bout à bout les deux segments urétraux sains, si la perte de substance n'est pas trop importante ;

— soit par urétroplastie, si ce rapprochement s'avère impossible, en raison d'une destruction urétrale trop étendue.

Intervention le 21-2-1951 (Professeur Lhez).

— Résection de la zone de tissu scléreux où cheminaient les fistules, à la face inférieure de l'urètre.

— On se trouve en présence d'une destruction totale de l'urètre pénien, sauf à sa terminaison.

— Mise en place d'un tube de polyvinil assurant la continuité du canal urétral.

— On recouvre la face inférieure de l'urètre par la greffe d'un lambeau cutané scrotal.

Observation II.

Professeurs Fey et Dossot.

A. D., 30 ans, maçon, entre le 3 Mars 1941, salle Reclus, pour fistules urinaires périnéales. Ces fistules datent de 4 ans.

Au cours d'une blennoragie contractée en Mars 1937 il présente un abcès péri-urétral de la région bulbaire.

Celui-ci est incisé par Boppe et Marcel, et une fistule uro-purulente s'établit en Mai 1937.

Un mois et demi après, nouvelle intervention qui laisse après elle trois fistules :

— l'une au niveau de la face antérieure des bourses,

— la seconde au niveau de l'urètre bulbaire,

— la troisième en avant et à gauche de l'anus.

Nouvelle intervention en 1937, qui obtient la fermeture de la fistule scrotale, mais laisse persister les deux autres.

En Mai 1938, on pratique une cystostomie et on dilate le canal au béniqué, jusqu'au calibre 44.

Après 14 mois, les fistules semblent fermées, et on referme la cystostomie.

Six mois plus tard, c'est-à-dire en Février 1940, les fistules qui n'ont pas été complètement cicatrisées, sont largement rouvertes.

Un an après, il se fait hospitaliser à Cochin.

Ses antécédents sont chargés :

— appendicite en 1931,

— ictère en 1933,

— ablation de la rate après traumatisme en 1936.

Examen. — Le malade présente de la dysurie et de la pollakyurie. Les urines sont nettement troubles. Il présente un écoulement urétral purulent.

— Les reins ne sont pas palpables.

— L'exploration de l'urètre laisse passer une bougie du calibre 36, mais la paroi est indurée et rapeuse. Les cordons sont normaux.

— Le périnée est induré, surtout dans sa moitié gauche.

— On voit deux orifices fistuleux : l'un au niveau du bulbe — l'autre en avant et à gauche de l'anus.

— La prostate est augmentée de volume, dure, limitée, mais avec disparition du sillon médian.

— L'examen des urines montre : quelques polynucléaires — d'innombrables coli et proteus.

— Cystoradiographie et urétrographie : toute la région bulbaire de l'urètre est irrégulière, parsemée de canaux collatéraux et de trajets fistuleux, partant en tous sens.

— Urographie intraveineuse : reins normaux.

Intervention : 29 Mars 1941.

1° Cystostomie hypogastrique,

2° Incision médiane du périnée — libération facile de la région bulbaire droite.

A gauche, on sent une masse dure de péri-urétrite, on chemine la fistule.

On dissèque cette masse, jusqu'à la face antérieure des bourses, et on la resèque avec toute la moitié gauche du périnée.

La fistule urétrale est contre l'aponévrose moyenne, près de l'urètre membraneux.

Les suites opératoires sont simples — la cicatrice est normale.

Examen histologique du trajet fistuleux enlevé.

Trajet fistuleux s'ouvrant à la peau, et en partie épidermisé.

En profondeur, tissu de granulation banal, infiltration à polynucléaires diffusant dans le derme, très épaissi, et dans l'hypoderme.

Plus profondément, véritable cavité d'abcès.

En outre, on trouve, à côté de ces lésions inflammatoires banales, quelques formations composées de cellules épithélioïdes et giganto-cellulaires. Formations très peu nombreuses, mais tout à fait caractéristiques. Il s'agit de lésions tuberculeuses fistulisées et infectées secondairement.

Suites éloignées.

La fistule persiste — 10 Juin 1941.

Elle ne s'est pas fermée complètement.

Observation III.

Professeurs Fey et Dossot.

E..., 28 ans, homme actif et bien portant, présente une tuméfaction siégeant à la face inférieure de l'angle de la verge.

Cette tuméfaction est apparue il y a 4 mois. Elle n'est pas douloureuse, mais les érections sont troublées.

Examen.

La verge étant redressée devant le pubis, la tuméfaction est allongée, à la face inférieure de l'urètre, en occupant le tiers postérieur et la racine des bourses.

La peau est normale, non infiltrée, pas d'œdème, pas de rougeur, pas de fistule. La surface est irrégulière, bosselée, formée de plusieurs noyaux juxtaposés et superposés, de consistance dure.

L'ensemble forme une cuirasse, tenant largement à la face inférieure de la verge : on a la sensation qu'il y a adhérence interne, sur la ligne médiane avec l'urètre. De chaque côté, au contraire, la limite est nette, et il semble qu'il existe un sillon qui isole la cuirasse, du corps caverneux correspondant.

L'exploration à la bougie olivaire N° 20 ne permet de sentir ni rétrécissement, ni irrégularité, ni perte de souplesse, et ne provoque aucun saignement.

L'urétrographie montre que le liquide passe largement au niveau de l'angle de la verge. Il n'y a, ni rétrécissement, ni irrégularité de contour de l'urètre.

L'absence de tout phénomène inflammatoire et de toute lésion urétrale décelable fait rejeter l'idée de péri-urétrite.

On craint un néoplasme de l'urètre, malgré la souplesse conservée de ce conduit, et on propose une intervention, pratiquée le 22 Mars 1941.

Intervention.

L'incision médiane longitudinale mène sur une masse polylobée, de surface nacrée et dure, dont on dégage facilement la face superficielle.

On dissèque aux ciseaux, et on attaque latéralement le sillon qui sépare le corps caverneux, indemne des deux côtés.

Mais, au cours de cette dissection latérale, un coup de ciseau donne issue à du pus très lié, blanchâtre dont il s'écoule un dé à coudre environ (malheureusement ce pus n'a pu être recueilli).

Le pus était contenu dans une cavité allongée sur la face inférieure de l'urètre et donnant l'aspect d'une cavité séreuse tapissée par une surface lisse, velvétique.

On découpe le pourtour, en laissant sur l'urètre la partie qui lui adhère sur 4 ou 5 cm. de long, sans qu'on

note sur cette étendue aucune lésion plus accentuée ou localisée.

L'ablation se trouve donc facilitée, le clivage d'avec l'urètre se trouve tout fait — suture complète.

Examen histologique de la pièce:

La masse principale est constituée par un granulome tuberculeux typique, largement ossifié en son centre et bordé de formations à cellules épithelioïdes et géantes.

A la périphérie, dissémination de follicules et réaction scléreuse assez importante, assez nombreux faisceaux musculaires.

La petite cavité sous-jacente, située au contact de l'urètre, est également bordée par un granulome tuberculeux, mais avec un peu d'ossification et une organisation fibreuse importante.

Suites opératoires.

Petite fistulette, persistant 3 semaines, et donnant issue à du pus jaune, puis fermeture complète.

Le 7 Mai, on constate deux nouvelles nodosités dures, para-urétrales.

L'érection reste difficile.

Traitement radiothérapique.

Malade revu deux ans plus tard.

Résultat parfait, urètre souple, cicatrisation cutanée complète. Mais il refait de la cystite.

La cystoscopie est impossible par manque de capacité.

L'urographie montre qu'il s'agit d'une tuberculose rénale gauche manifeste.

Observation IV.

Professeurs Fey et Dossot.

R. M., 31 ans, entre salle Reclus, en Mars 1941, pour rétention d'urine datant de 4 jours et nécessitant des sondages.

Les urines ainsi obtenues sont troubles, et contiennent du sang et des filaments.

Antécédents.

Le malade n'a pas de blennoragie, mais a déjà été soigné dans le service pour tuberculose génito-urinaire.

En Août 1928, âgé de 28 ans, il est entré dans le service, pour tuméfaction du testicule droit, survenue après un accident de bicyclette. Cette tuméfaction aurait disparu, pour reprendre deux mois après.

Le testicule gauche est sain, mais à droite on sent le testicule droit qui émerge au pôle antéro-supérieur, d'une grosse masse épididymaire, dure, douloureuse, bossclée et adhérente au scrotum.

Au toucher rectal, la prostate est grosse et dure.

Le malade suit un traitement aux rayons ultra-violets. Après 5 séances, la masse se fistulise et diminue de volume, après issue de pus grumeleux.

Deux examens d'urine pratiqués montrent la présence de pus et de B. K.

On tente alors de pratiquer une U. P. R., mais il est impossible d'introduire le cystoscope. On dilate l'urètre du calibre 24 au 28, et il semble qu'on n'ait pu monter au-delà.

La vessie reste donc inexplorable, mais on fait une U. I. V. qui montre un rein droit se remplissant normalement.

Une urétrographie a également été pratiquée à ce moment, et montre un rétrécissement « filiforme » sur toute la longueur de l'urètre.

En Novembre 1948, on pratique une néphrectomie droite, après extériorisation difficile d'un rein pathologique indiscutable.

Suites normales, et le malade quitte le service en bon état général en Décembre 1938.

Aucun incident jusqu'à la rétention de Mars 1941.

Examen.

On ne trouve ancune sécrétion au niveau de l'urètre.

La palpation de l'urètre est indolore. Au toucher rectal, la prostate est de volume normal, de consistance ferme et irrégulière.

L'exploration de l'urètre montre que le canal admet une bougie de calibre 12. La paroi est indurée et donne au catéthérisme une sensation de paroi dure, rapeuse, irrégulière.

Examen des urines.

Nombreux polynucléaires.

Assez nombreux colibacilles.

Traitement.

Dilatation maximum obtenue : calibre 20.

Le 29 Mars, on pratique une urétrotomie interne.

Suites normales.

Le malade sort en cours de dilatation, mais celle-ci s'avère très difficile. On est arrivé au béniqué 37.

Observation V.

Kudlich.

Cette observation concerne un cas, très intéressant, mentionné par Kudlich, dans *Qeitschringt fur tuberkulose* 1927.

Il s'agit d'un garçon de 5 mois, mort d'une tuberculose généralisée, à début pulmonaire.

L'autopsie du 1-12-1925 révèle, dans le lobe inférieur gauche, une caverne de la grosseur d'une noix et des métastases multiples.

De nombreux tubercules miliaires se trouvent disséminés dans l'iléon et le colon.

Un foyer caséeux, de la grosseur d'un haricot, occupe le corps caverneux de l'urètre, dans le voisinage de la fossette naviculaire. Au niveau de la muqueuse urétrale, on observe un abcès tuberculeux d'une longueur de 3 mm. sur 7 mm. de largeur, ainsi que plusieurs tubercules miliaires.

Tuberculose ganglionnaire caséeuse inguinale bilatérale.

Il s'agit indiscutablement d'une infection pulmonaire primitive, quoique la tuberculose du pénis se présente elle aussi comme une localisation indépendante.

En effet, les reins sont intacts, l'examen histologique des testicules, épididyme, vésicules séminales et canaux déférents ne montre pas de lésion tuberculeuse.

Le foyer lui-même présente à sa périphérie des tubercules typiques. Au centre, on trouve une masse ca-

séeuse, avec destruction de tous les tissus. Cependant, par endroit, on retrouve des restes de corps caverneux.

Ailleurs, les phénomènes inflammatoires dominent.

Observation VI.

H. Blanc.

Abcès froid bacillaire de l'urètre pénien.

A. R., 62 ans, nous est adressé, en Novembre 1935. C'est un malade qui, depuis plusieurs mois, présente des urines troubles et de la pollakiurie. Il y a 2 mois, est apparue une tuméfaction douloureuse de la bourse droite. Il s'agissait d'une orchi-épididymite qui évolua rapidement vers l'abcédation.

Une ponction permit de retirer du pus, où l'on mit en évidence de nombreux bacilles de Koch. Une fistule s'installa par la suite.

Au moment du premier examen : malade amaigri, teint jaune, état général très médiocre.

On ne trouve rien de suspect dans ses antécédents, si ce n'est qu'il a toujours uriné très souvent, par un véritable tic.

Les urines, initiales et terminales sont purulentes,

Les reins ne sont ni perçus, ni douloureux.

L'urètre est sec.

A droite, un gros bloc épididymo-testiculaire fistulisé à la partie antéro-inférieure.

A gauche, un gros noyau induré de la queue de l'épididyme.

Au toucher rectal : prostate dure, atrophiée, vésiculite droite.

Mais autre chose de moins banal retient notre attention. A la partie inférieure de la verge, au niveau de l'urètre pénien, est apparue, il y a quelques mois, une petite tuméfaction indolore — ovoïde, lisse, fluctuante, non adhérente à la peau, mobile latéralement, et semblant adhérente dans la profondeur à l'urètre. Son volume : une petite noix.

La pression sur la tumeur ne fait sourdre au méat ni pus, ni urine.

Intervention.

Incision longitudinale de la partie inférieure de la verge, sur la tumeur.

Celle-ci ne peut s'énucléer comme un kyste banal, elle est adhérente au tissu fibro-conjonctif qui l'entoure et tient dans la profondeur, du côté de l'urètre, par une large surface.

Nous procédons à la dissection de la tumeur, lorsque, tout à coup, elle se rompt, laissant échapper un flot de pus verdâtre et épais, dont on recueille une partie.

La tumeur est constituée par une poche épaisse, adhérente au tissu spongieux de l'urètre. Elle présente une surface gangueuse, exulcérée et ne paraît pas communiquer avec l'urètre.

Suture au crin — guérison « par primam ».

— Epididymectomie gauche.

— Castration droite.

L'examen bactériologique du pus et l'examen histologique de la paroi de la tumeur pénienne ont confirmé le diagnostic d'abcès tuberculeux qui s'imposait d'ailleurs à l'intervention.

L'auteur termine en attirant l'attention sur la rareté de ces abcès froids bacillaires de l'urètre pénien — et pense que l'infection a dû se propager à l'urètre spongieux par voie lymphatique : la muqueuse urétrale indemne de toute lésion tuberculeuse.

*
* *

Nous pourrions citer encore trois observations de Rieben.

Chez ces malades, un examen clinique poussé à fond n'a pu révéler la moindre lésion tuberculeuse, en dehors de la localisation urétrale.

L'auteur discute la possibilité d'une bacillurie sans tuberculose rénale.

Mais en l'absence d'un foyer tuberculeux, cette hypothèse ne lui paraît pas plausible.

Finalement, il conclut à une infection hématogène, de provenance inconnue.

Rieben a suivi ces malades de près, pendant deux ans, et n'a observé aucune manifestation tuberculeuse du côté des organes génito-urinaires.

*
* *

Halle et Motz publient, eux, une observation à peu près similaire, concernant un enfant de 11 ans et ajoutent :

« On ne peut affirmer que la tuberculose urétrale, qui a produit le rétrécissement de l'enfant, était primitive, mais il est certain qu'elle était, au moment de notre examen, la lésion dominante, la localisation principale.

« Les autres lésions de l'appareil urinaire sont toujours restées au second plan, permettant le maintien d'un bon état général et la cicatrisation de la lésion urinaire ».

CHAPITRE III

Anatomo-Pathologie

La fréquence de la tuberculose urétrale au cours de la bacillose urinaire, peut être évaluée, d'après Halle, Motz et Marion, à 5 % des cas environ ; et encore ces lésions passent-elles très souvent inaperçues si on ne les recherche pas systématiquement. C'est dire, par là même, la rareté de la tuberculose primitive de l'urètre antérieur, rareté qui en fait même contester l'existence.

Afin de comprendre la possibilité et la pathogénie de ces lésions, il est nécessaire de les étudier tout d'abord au point de vue anatomo-pathologique.

Suivant en cela le mémoire classique de Halle et Motz sur l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'urètre antérieur, nous classerons ces lésions en deux groupes distincts.

1° D'une part, les lésions de la muqueuse urétrale et de la gaine érectile, corps spongieux, bulbe et gland;

2° D'autre part, les lésions du tissu cellulaire périurétral des corps caverneux et des glandes de Cowper.

I. — Lésions tuberculeuses urétrales

Elles présentent trois aspects différents.

A. — Lésions tuberculeuses de la muqueuse.

Elles sont, le plus souvent, secondaires à une tuberculose uro-génitale. Ces lésions sont les plus fréquentes et suivant les cas, on rencontre :

a) — *Granulations :* formant en général un semis dont les grains soulèvent plus ou moins la muqueuse donnant à la surface urétrale un aspect grenu.

Elles s'observent le plus souvent dans le segment postérieur de l'urètre antérieur, c'est là aussi qu'elles sont le plus volumineuses — granulations jaunes prêtes à l'ulcération.

b) — *Ulcérations :* c'est la forme la plus commune de la lésion tuberculeuse urétrale.

On les rencontre à tous les stades de leur développement.

Au début, il s'agit d'une petite perte de substance superficielle, au sommet d'une granulation, pour devenir, à sa période d'état, arrondie et du volume d'une lentille environ, mais toujours peu profonde.

Plus grande, l'ulcération peut prendre une forme tout à fait irrégulière, polycyclique à bords nettement découpés, formés par la fusion de petits ulcères primitifs arrondis.

Parfois, les bords sont indurés, surélevés, donnant à l'ulcère un aspect cratériforme. A ce stade, l'ulcération tuberculeuse est déjà une lésion profonde, la muqueuse toute entière est détruite et presque toujours la gaine érectile est superficiellement envahie.

Ce sont là, en somme, les caractères classiques des ulcérations tuberculeuses des muqueuses.

Ces lésions ulcératives peuvent se rencontrer en tous les points de la muqueuse urétrale, mais se localisent avec prédilection dans les parties profondes bulbaires et prébulbaires, où elles sont les plus nombreuses et les plus confluentes.

c) — *Infiltration caséeuse massive.* Il s'agit ici du stade ultime de la lésion bacillaire, d'urétrite tuberculeuse à marche rapide, aboutissant à la disparition complète de la muqueuse urétrale et à la destruction profonde de la paroi.

B. — Lésions tuberculeuses de la gaine érectile.

Ces lésions sont plus rares que les lésions de la muqueuse, moins apparentes aussi, elles peuvent passer inaperçues.

Elles intéressent surtout :

— soit la portion pénienne moyenne du corps spongieux,

— soit les deux renflements terminaux, bulbe et gland.

Nous les classerons en deux groupes :

— d'une part : les lésions secondaires à une lésion de la muqueuse sus ou sous-jacente,

— d'autre part : les lésions apparaissant comme primitives.

a) — *Lésions secondaires :* Dans la majorité des cas, les lésions bacillaires de la gaine érectile sont secondaires à celles de la muqueuse.

Elles résultent de l'extension vers la profondeur des lésions nées en surface, et l'on voit au-dessus, des ulcérations superficielles de la muqueuse, des nodules d'infiltration tuberculeuse, s'avançant plus ou moins profondément dans le corps spongieux.

Par leur fonte caséeuse progressive et leur élimination, ces noyaux tuberculeux peuvent aboutir à la formation de véritables cavernules du corps spongieux, ouvertes et vidées dans l'urètre.

b) — *Lésions primitives :* Dans un certain nombre de cas cependant, on peut constater des foyers tuberculeux du corps spongieux, du bulbe et du gland, qui semblent sans connexion aucune avec des lésions de la surface muqueuse.

Celle-ci est saine, ou peu altérée, et bien souvent une zone de tissu sain la sépare de ces nodules tuberculeux, en apparence primitifs.

Motz rappelle à ce propos deux observations, où les lésions de la gaine érectile prédominent sur celles douteuses de la muqueuse, et il ajoute : « le microscope démontre l'existence de foyers tuberculeux primitifs du corps spongieux, ces lésions affectent deux formes : granulations et infiltration caséeuse ».

II. — Lésions tuberculeuses péri-urétrales

Ce sont toutes les lésions tuberculeuses d'origine urétrale siégeant en dehors de l'enveloppe fibreuse du corps spongieux.

A. — Lésion tuberculeuse du tissu cellulaire péri-urétral.

Elles n'ont rien de spécial et sont constituées par des tuberculomes de structure et d'évolution banale.

On peut distinguer.

a) — *Les tuberculomes localisés péri-urétraux.* Ces lésions peuvent se présenter soit comme de petites tumeurs dures, bien limitées appendues à l'urètre, soit comme de véritables abcès froids, à contenu puriforme, caséeux qui peuvent s'ouvrir dans l'urètre ou à la peau, donnant naissance à une fistule urinaire.

Ces tuberculomes siègent habituellement à la face inférieure de l'urètre, c'est là que s'ouvrent presque constamment les fistules qui succèdent à ces abcès.

c) — *Les tuberculomes diffus péri-urétraux :* Ce sont de vastes foyers tuberculeux irréguliers à prolongements multiples qui semblent se développer au hasard, en détruisant les tissus péri-urétraux.

Ces foyers sont remplis de pus caséeux — des fongosités s'en détachent qui infiltrent les espaces conjonctifs. Ils donnent naissance à ces trajets fistuleux, uniques ou multiples, aboutissant à la peau de la verge, du périnée, pouvant même parfois s'ouvrir dans le rectum.

B. — Lésions des corps caverneux.

Assez rares, elles consistent en abcès ou nodules tuberculeux isolés, pouvant même exister en dehors de toute atteinte de la muqueuse urétrale.

C. — Lésions de la glande de Cowper.

Elles sont assez fréquentes, et compliquent dans un tiers des cas environ, la tuberculose de l'urètre antérieur.

Pour les classiques allemands, ces lésions joueraient un rôle prépondérant dans la production des abcès froids fistuleux périnéo-bulbaires, et la tuberculose cowpérienne serait la lésion essentielle de la péri-urétrite tuberculeuse.

— La lésion peut évoluer jusqu'à son dernier degré, aboutir à une infiltration massive et au ramolissement avec destruction complète de la glande, sans en franchir l'enveloppe fibreuse restant limitée intra-capsulaire, et passant ainsi souvent inaperçue.

— Parfois, la localisation cowpérienne du B. K. donnera naissance à une tuberculose péri-glandulaire diffuse, avec abcès froid périnéal ou juxta-bulbaire, aboutissant à une fistule périnéo-bulbaire.

III. — Que nous montre à ce point de vue notre observation personnelle n° 1 ?

— Tout d'abord, au point de vue macroscopique, l'importance des destructions et des remaniements tissulaires aboutissant à un bouleversement total de l'anatomie normale de la région péri-urétrale, et la formation et l'organisation rapide de néo trajets fistuleux multiples.

— Au point de vue microscopique, si l'examen histologique d'un ganglion satellite conclut à sa nature tuberculeuse, ce même examen n'a pu être pratiqué sur les tissus lésionnels eux-mêmes.

CHAPITRE IV.

Etio-Pathogénie

Nous n'insisterons pas sur la pathogénie de la tuberculose secondaire de l'urètre antérieur.

Suivant le siège et suivant les auteurs, l'inoculation se ferait par voie descendante, spermatique, etc...

Mais dans la tuberculose primitive de l'urètre antérieur, par quel mécanisme l'urètre antérieur est-il envahi ? Par quelle voie y pénètre le bacille de Koch ?

— « Il est des lésions tuberculeuses de l'urètre antérieur, dont l'origine circulatoire, hématogène, nous paraît certaine. Ce sont les lésions isolées de la gaine érectile et des corps caverneux, sans rapport direct de continuité avec celles de la muqueuse. Dans un certain nombre de cas, nous avons pu constater, loin des lésions de surface, dans des points même où la muqueuse urétrale était saine, des nodules tuberculeux, développés dans les aréoles du corps spongieux et dans les corps caverneux même.

« Ici, on peut douter, que l'apport bacillaire n'ait eu lieu par voie sanguine, dans ces tissus essentiellement et uniquement vasculaires ». (Halle et Motz).

Il y a donc contamination indirecte par voie hématogène, les bacilles, chariés par le courant sanguin, s'arrêtant dans les capillaires, et le siège initial de la lésion est dans la paroi vasculaire.

Cette pathogénie explique de façon satisfaisante les lésions primitives localisées à la gaine érectile, aux corps caverneux et sans rapport de continuité avec la muqueuse urétrale.

C'est d'ailleurs dans le tissu érectile que les nodules tuberculeux ont leurs caractères histologiques les plus nets :

follicules typiques — nodules caséeux — cavernules même.

Et Fey et Dossot expriment, à leur tour, la même opinion — « on ne peut expliquer la pathogénie de ces lésions isolées que par apport de B. K. amenés dans cette région par voie sanguine ».

Nous ne parlerons pas de la contamination urétrale directe accidentelle par contage vénérien, qui ne saurait être que l'exception, et qui existe cependant, mais surtout dans le cas de tuberculose de la verge proprement dite, avec point de départ balanique ou préputial — l'extension des lésions au péri-urètre se faisant ensuite par l'intermédiaire du système lymphatique le plus souvent.

CHAPITRE V.

Symptomatologie

La symptomatologie de la tuberculose de l'urètre, comme on peut le voir d'après les observations qui précèdent, ne présente, du moins à sa période de début, aucun caractère pathognomonique.

Troubles de la miction ou de l'érection, petite tumeur latéro-urétrale, signes en général discrets, qui ne font guère envisager d'emblée le diagnostic de tuberculose urétrale, surtout chez un sujet se présentant comme indemne de toute autre localisation bacillaire, urogénitale en particulier.

A un stade plus avancé, par contre, la lésion ne saurait passer inaperçue, son évolution même nous amenant :

— soit vers la fistulisation,

— soit vers le rétrécissement.

Il semble donc, que nous puissions envisager trois variétés cliniques très différentes, suivant qu'il s'agit :

— d'une tumeur latéro-urétrale,

— d'une fistule,

— d'une dysurie par rétrécissement.

A — Forme tumorale — obs. III et VI.

Le périnée antérieur et la région latéro-urétrale sont parfois le siège de tuberculomes de consistance d'ailleurs variable avec le stade évolutif :

— tantôt coque résistante du tuberculome compact,

— tantôt fluctuation du tuberculome en fonte purulente ou de l'abcès froid.

Le diagnostic est facile si on se trouve en présence d'une bacillose déjà connue, mais combien plus difficile si la tumeur perçue en est le signe révélateur. Et dans ce cas, n'est-il pas permis d'hésiter avec :

— une tumeur inflammatoire banale,

— une tumeur maligne,

ou métastatique de la région périnéo-urétrale.

Quant à fixer le point de départ de ce foyer caséeux, le toucher rectal, l'exploration de la perméabilité urétrale, l'urétrographie nous aideront quelquefois à en préciser l'origine :

— prostate,

— urètre proprement dit,

— glande de Cowper.

B — Forme fistuleuse — obs. I et II.

L'ouverture au niveau de la région périnéo-bulbaire de tuberculomes issus de l'urètre et du péri-urètre semble être l'aboutissement logique de la lésion laissée à elle-même.

Ces tuberculomes fistulisés présentent parfois des caractères assez typiques :

— bords décollés,

— issue de pus grumeleux,

— clapiers et ulcérations,

pour que l'on songe à leur origine tuberculeuse possible.

D'autres, plus polymorphes, risquent d'être considérés par leur aspect comme la complication d'un rétrécissement gonococcique, mais leur résistance aux thérapeutiques habituelles doit éveiller l'idée d'une bacillose.

Ici encore, l'exploration de la perméabilité urétrale, de la prostate, une radiographie du trajet fistuleux après injection opaque et la négativité de l'intra-dermo réaction de Frei, aideront à l'établissement du diagnostic.

C — Forme dysurique par rétrécissement tuberculeux — obs. IV.

La dysurie, avec ou sans stagnation vésicale, sans être très courante, au cours d'une tuberculose urinaire — 5 % d'après une statistique de Cibert — mérite cependant d'être mentionnée.

Elle serait dûe, d'après Cibert :

— soit à une prostatite tuberculeuse,
— soit à une altération du col vésical,
— soit à un rétrécissement de l'urètre.

C'est ce dernier cas qui nous intéresse ici.

La dysurie par rétrécissement urétral tuberculeux est assez comparable à celle des rétrécissements inflammatoires banaux : et c'est assez souvent que l'on est amené à examiner le malade à ce stade de rétrécissement pour trop de cas de tuberculose de l'urètre antérieur.

Les rapports unissant cette dernière et le rétrécissement tuberculeux de l'urètre peuvent être résumés comme suit.

a) *A la période de début.* — Les lésions superficielles de la muqueuse, granulations ou ulcérations, ne peuvent causer, à elles seules, de vrais rétrécissements; ceux-ci seront le fait de phénomènes inflammatoires aigus — œdème et végétations péri-ulcéreuses — allant en général de pair avec un état général très touché.

Il semble cependant que des lésions de la gaine érectile — tubercules en particulier — puissent amener la formation de rétrécissement à marche rapide par compression. Ces lésions elles-mêmes étant l'agent essentiel de la sténose.

b) *Plus tardivement.* — Le rétrécissement tuberculeux est la traduction de phénomènes cicatriciels multiples, aboutissement logique de la cicatrisation et de la sclérose d'ulcérations urétrales.

Ces sténoses cicatricielles consécutives aux ulcérations du canal sont bien établies.

D — Constatations personnelles.

— Dans notre observation I on est frappé par la rapidité d'apparition des fistules.

— Si les nodules para-urétraux restent le premier signe de la localisation bacillaire, leur évolution rapide amène très vite leur ouverture à la peau, en plusieurs points, et ce sont ces fistules ainsi créées qui constituent dès lors l'essentiel de la lésion.

— Rien dans leur aspect, aucun caractère typique qui puisse faire penser à une atteinte tuberculeuse.

— Notons surtout la précocité avec laquelle l'urine s'écoule par ces fistules — dès leur établissement, dès le premier jour, nous dit le malade — ce qui semble bien indiquer l'existence d'une lésion urétrale, primitive et son extension secondaire au péri-urètre pour aboutir finalement à l'ouverture à l'extérieur.

— Nous remarquerons enfin la persistance d'un bon état général chez ce malade, malgré l'étendue de l'activité de la lésion urétrale.

De ce qui précède, nous pouvons conclure que la présence de l'un des trois signes révélateurs : tumeur,
fistule,
dysurie,
doit éveiller en nous l'idée d'une tuberculose urétrale possible, que nous nous efforcerons de préciser par le recours aux divers examens complémentaires nécessaires, radiologiques ou bactériologiques, qui nous fourniront parfois la preuve que la clinique est impuissante à établir.

CHAPITRE VI

Pronostic

Le pronostic de la tuberculose urétrale apparaît fort différent suivant l'âge de la lésion, le stade de l'évolution auquel on se place.

A — Au stade initial.

Dans le cas de localisation urétrale isolée et bien circonscrite, le pronostic apparaît éminemment favorable, puisque l'ablation en un seul bloc de la lésion — — tuberculome au début, ou abcès froid — amène, la plupart du temps, une guérison rapide.

Encore convient-il de faire quelques réserves sur la possibilité de récidives à distance, comme le montre par exemple l'observation III.

B — Au stade de fistulation ou de rétrécissement.

Le pronostic apparaît beaucoup plus grave.

— L'extension des lésions, outre qu'elle prépare souvent un terrain favorable aux germes de surinfection, nécessite souvent, surtout dans le cas de fistules multiples, de larges résections tissulaires entraînant d'importants remaniements cicatriciels.

Quant au rétrécissement urétral d'origine tuberculeuse, il est, la plupart du temps, très rebelle aux dilatations successives. L'urétrotomie interne elle-même n'empêchant souvent pas les récidives.

CHAPITRE VII.

Conduite thérapeutique

Le traitement de la tuberculose de l'urètre antérieur apparaît intimement lié, tant au point de vue des indications thérapeutiques que de la technique opératoire éventuelle au stade évolutif des lésions bacillaires urétrales et péri-urétrales.

A — Forme tumorale et abcès froid péri-urétral.

a) *Tuberculome isolé bien limité.* — Par exemple, tuberculome intra-capsuleux de la glande de Cowper (latéral et plus volontiers à gauche au contact du bulbe).

Dans ce cas précis, où la lésion bacillaire urétrale est entourée d'une gaine empêchant toute dissémination et facilitant l'exérèse chirurgicale en un seul bloc, l'indication de choix semble bien être l'intervention opératoire, enlevant la totalité des tissus atteints et permettant, en général, une cicatrisation rapide.

Encore convient-il, depuis l'apparition des antibiotiques, streptomycine en particulier, de faire quelques réserves sur cette conduite thérapeutique classique. Et devant les résultats parfois spectaculaires de ce dernier traitement, il semble que l'on doive d'abord recourir à cette thérapeutique médicale, accompagnée le plus souvent de radiations U. V.

Ce n'est qu'en cas d'échec que l'on recourra à l'exérèse chirurgicale.

b) *Tuberculome diffus disséquant.* — Il s'accompagne assez souvent d'une atteinte marquée de l'état général.

Il est donc prudent d'être sobre, d'interventions locales nécessitant de larges exérèses, et n'amenant bien souvent qu'une cicatrisation imparfaite, en raison du mauvais état du terrain et des tissus environnants plus ou moins envahis ou infiltrés.

Le traitement majeur sera donc constitué ici par la streptomycine à doses prolongées, qui amènera très souvent, outre une amélioration locale sensible, une reprise progressive de l'état général.

c) *La ponction d'un abcès froid péri-urétral,* en dehors de l'intérêt évident qu'elle présente pour l'établissement du diagnostic, n'est guère qu'un palliatif parfois nécessaire il est vrai, mais ne méritant pas une large place dans la thérapeutique de la tuberculose urétrale.

B — Forme fistuleuse.

Le traitement de ces formes s'avère toujours difficile. L'indication opératoire découle des troubles sévères, engendrés par une suppuration locale abondante avec : rétention,
infection secondaire,
fièvre,
multiples clapiers.

Mais l'opération est toujours grave, aboutissant à une perte de substance urétrale, et pouvant même parfois, se terminer par une urétrostomie périnéale.

Cependant, l'apparition de la streptomycine éclaire d'un jour nouveau le traitement de ces formes, ainsi qu'il découle des résultats du traitement de notre malade de l'observation I.

La conduite à tenir en présence de ces formes à fistules multiples et organisées semble donc être la suivante :

1° *Un premier temps médical* qui consistera :
— à améliorer l'état général du malade,

— à lutter contre les éléments de surinfection possibles, par la bactériothérapie et la pénicilline, en particulier,

— à améliorer, autant que faire se peut, l'état de la lésion elle-même, en tarissant ou diminuant la suppuration et l'état des tissus environnants, souvent infiltrés, par l'utilisation prolongée de la streptomycine.

Il est cependant rare, que le seul traitement médical puisse aboutir à la cicatrisation complète de la lésion fistuleuse.

Dans les cas heureux, la suppuration se tarit, mais la fistule urinaire persiste la plupart du temps et dès lors, l'intervention chirurgicale s'impose.

2° *L'acte opératoire :* Se fera en deux temps.

a) — *Cystostomie :* permettant une dérivation urinaire et supprimant par là un élément de surinfection possible.

b) — *Exérèse de la région fistulisée :* il est indispensable de disséquer complètement tout le tissu scléreux envahi de trajets fistuleux et de nombreux clapiers, et d'enlever par une large exérèse toute la région, souvent d'ailleurs très remaniée par la formation de ces néo trajets et ayant perdu toute structure anatomique normale.

Il devient même parfois nécessaire de dédoubler le périnée, pour mettre à nu les cavités ; les cureter, les tamponner, avant d'aboutir à la cicatrisation du foyer périnéo-urétral.

Nous citerons, à ce propos, Richard Mueller (Boston) qui écrit, étudiant l'influence favorable des antibiotiques, pénicilline et streptomycine en particulier, dans le traitement des phlegmons périnéaux, des fistules persistantes, dont il recommande d'ailleurs d'étudier radiologiquement le trajet : « Il faut faire une large exérèse de tous les tissus sclérosés. Les pertes de substance qui en résulteront se répareront par seconde intention, mieux que par suture immédiate. Faute d'une

exérèse suffisante des parties sclérosées, on expose l'urètre à des distorsions et à des sténoses indilatables.»

C — Rétrécissement urètral, d'origine tuberculeuse.

La conduite à tenir sera différente suivant le degré de rétrécissement et des lésion associées.

On éprouvera toujours de grandes difficultés à assouplir et à dilater les tissus extrêmement rétractiles du rétrécissement urétral tuberculeux.

a) — *Si le rétrécissement existant est assez large* et n'engendre pas de gêne fonctionnelle importante, il vaut mieux s'abstenir de tout traitement.

b) — *Si le rétrécissement est assez étroit* pour gêner la miction :

1° *Dilatation :* douce, très lente, progressive, car la dilatation elle-même n'est pas toujours inoffensive. Elle doit être modérée, et conduite très doucement, pour éviter un traumatisme pouvant provoquer une aggravation rapide de la sténose.

« Il est permis de penser, écrit J. Cibert, que le traumatisme endoscopique n'est parfois pas étranger à l'ulcération sténosante (plaie de l'urètre et inoculation directe de cette plaie par l'urine bacillifère) ».

Il est, d'autre part, nécessaire de continuer les dilatations pendant très longtemps.

Elles sont parfois très mal supportées, provoquant :

fièvre,
écoulement urétral,
ulcération du méat,

et le résultat obtenu n'est pas toujours durable.

C'est pour ces raisons, que de nombreux auteurs, avec Pasteau, ne sont pas partisans de cette méthode et conseillent :

2° *L'urétrotomie interne :* qu'ils considèrent comme le traitement de choix permettant d'éviter les manœuvres répétées, dans un canal facilement inoculable et irritable.

Cette intervention devra être suivie de la mise en place d'une sonde à demeure et de quelques séances de dilatation très modérée, destinées non à augmenter le calibre urétral, mais à l'entretenir.

Il arrive, en effet, que l'urétrotomie interne seule, n'empêche pas le calibre du canal de régresser rapidement.

3° *Dans des cas heureusement rares,* où la sténose est très serrée et le catéthérisme rendu impossible en raison d'hémorragies ou de douleurs trop intenses, on devra avoir recours à la cystotosmie sus-pubienne.

c) Nous pouvons enfin, nous trouver en présence, non d'un rétrécissement urétral isolé, mais d'un ou de multiples rétrécissements accompagnés d'autres lésions bacillaires associées, tuberculomes ou le plus souvent fistules.

On devra donc, dans ce cas, après une cystostomie préalable, débrider largement les foyers et pratiquer l'exérèse totale ou la cautérisation des tissus suspects.

Une telle intervention entraînera très souvent une destruction partielle de l'urètre antérieur, qu'un nouvel acte chirurgical pourra éventuellement reconstituer dans un second temps.

*
* *

Pour clore ce chapitre, nous insisterons une fois encore à la lumière des enseignements que nous fournit notre observation I sur l'importance du traitement médical de début — streptomycinothérapie en particulier — et surtout sur le fait que ce traitement doit être poursuivi parfois plusieurs mois. Il faut savoir attendre et permettre ainsi, par un nettoyage plus complet des lésions, par une bonne reprise de l'état général, à l'intervention chirurgicale restauratrice d'avoir toutes chances de succès.

CHAPITRE VIII

Conclusion

Il est donc hors de doute, ainsi que nous venons de le voir au cours de ce travail, que la tuberculose de l'urètre antérieur est, dans certains cas, la localisation prédomiante, voire même isolée du bacille de Koch.

Ces cas sont rares, il est vrai, mais méritent néanmoins notre attention, puisqu'une thérapeutique précoce et bien conduite amènera souvent — soit une amélioration notable — soit une guérison complète des lésions urétrales et péri-urétrales.

Quant à affirmer que la tuberculose de l'urètre antérieur peut être la localisation unique et primitive du bacille de Koch, il n'en peut être question.

On peut, en effet, objecter qu'un petit foyer rénal latent les aurait précédées, sans qu'aucune preuve clinique ou même radiologique nous permette de la déceler.

L'évolution de l'un des cas (obs. III) que nous avons cités dans cette étude, ne nous montre-t-elle pas une extension du processus tuberculeux, dont il est peu probable que le foyer urétral, primitif en apparence, ait été le point de départ.

Nous pouvons donc conclure, que si dans la majorité des cas la tuberculose de l'urètre antérieur reste secondaire à des lésions de tuberculose urinaire généralisée et profonde et n'est qu'une manifestation ultime

sans importance clinique. Il est certain cependant, que dans des cas heureux, la lésion urétrale est, soit isolée et élective, soit cliniquement prédominante, accompagnée seulement de lésions urinaires légères et curables.

Elle peut guérir, et par son traitement particulier mérite donc bien l'attention du médecin.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 7 Mars 1951.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

Vu le Président,
P. FABRE.

le Doyen,
LEFEBVRE.

BIBLIOGRAPHIE

BLANC Henry. — *Abcès froid bacillaire de l'urètre pénien. Extirpation. Guérison.* — Journal d'Urologie, T. 41, N° 6, Juin 1936, p. 556.

BOECKEL et WESTPHAL. — *Cinq cas de tuberculose de l'urètre.* — Soc. de Méd. du Bas-Rhin, Séance du 27 Février 1932.

BRUNATI. — *Forme chirurgicale de la tuberculose du pénis.* — Revue de Chirurgie, Paris An 56, N° 3, Mars 1937.

COTTINI. — *Ulcera primitiva tubercolare del pene.* — Méd. Internaz 56/1/6, Janvier-Février 1948.

CURBELO. — *Rare cause of stricture of uretra tuberculosis.* — Bol. Asoc. Med. de Puerto-Rico 39, 162-163, Avril 1947.

ERCOLE et FORT. — *Tuberculose primitive du pénis.* — Bolde de la Soc. de la Cir. de Rosario, An 6, N° 7, Oct. 1939, p. 313-318.

FEY et DOSSOT. — *Trois observations de tuberculose de l'urètre antérieur.* — Journal d'Urologie Méd. et Chir. N° 7-8, Juillet-Août 1941, p. 333-340.

GATE BONTET MAZARE. — *Tuberculose de la verge avec participation de l'épididyme.* — Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, N° 7-8, Juillet-Août 1942, p. 382.

GERARD. — *Rétrécissement tuberculeux de l'urètre chez l'homme et chez la femme.* — Presse Médicale, 9 Novembre 1935.

GIORDANO. — *Osservazione di tuberculoma stenosante de l'urètra.* — Riforma med. 43, 11 Juillet 1927.

HALLE et MOTZ. — *Tuberculose de l'urètre antérieur.* — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1902.

HARTMANN. — *Un cas de tuberculose hypertrophique de l'urètre.* — Rev. de Méd. V Cir. de la Habana 40, 823, 30 Nov. 1935.

JAUBERT DE BEAUJEU-ESTRAGNAT. — *Péritonite par perforation spontanée de la vessie au cours d'une tuberculose urétrale.* Journal d'Urologie, N° 1-2, 1949, p. 51-52.

KILBURN. — *Tuberculosis of urethra vith report of case Vew England.* — D. Med. 215 1,12-114, 16 Juillet 1936.

KUDLICH. — *Tuberculose der uretra.* — Keitschif für tuberculose 1927.

LATTIMER. — *Tuberculose de l'urètre postérieur.* — The Journal of Urology 59, 3 Mars 1948.

LEPOUTRE. — *Phlegmon diffus péri-urétral et élimination de la presque totalité de l'urètre spongieux, reconstitution de l'urètre par autoplastie.* — Journal d'Urologie Médico-Chirurgicale, T. XXIV, N° 6, Décembre 1932.

LEWIS. — *Tuberculose du pénis.* — Journal of Urology, 56, 6, Décembre 1946.

MARION. — Traité d'Urologie, 1940.

MUELLNER. — *Phlegmons périnéaux et fistules.* — Journal de Chirurgie, T. 65, N° 4-5, 1949, p. 282.

PARMEGGIANI. — *La tuberculosi de l'uretra.* — Ann. ist. Carlo Forlanini 7, 53-62, Janvier 1943.

POUGET. — *Tuberculose primitive de l'urètre antérieur.* — Thèse Paris, 1944.

RICHER. — *Les tuberculoses génitales latentes et l'urétrite chronique tuberculeuse.* — Bruxelles Méd., 1927, p. 398.

RIEBEN. — *Ueber trois Falle von isolierter tuberkulose in Bereiche der urethra.* — Ztschr 5 urol. chir., 1927.

ROCHAT. — *Deux cas de sténose tuberculeuse de l'urètre.* — Ann. d'Ana. Path. 13, 623-629, Mai 1936.

SABADINI. — *Importance des renseignements fournis par l'urétrographie pré-opératoire et résultats de l'urétrectomie et de la réfection immédiate de l'urètre au cours des phlegmons du périnée.* — Mem. de l'Académie de Chir., N° 21-22, 1948, p. 515.

SCHEIDT. — *La tuberculose primitive du pénis.* — Journal de Chir. N° 1, T. 37, 1941.

SVERRE STRAND. — *Lésion primaire tuberculeuse du pénis.* — Journal de Chir., T. 63, N° 1-2, 1947, p. 78.

TRUC-BRINGER. — *La pénicillinothérapie locale dans les abcès péri-urétraux.* — Montpellier Médical, Nov.-Déc. 1948.

WESTPHAL. — *Contribution à l'étude de la tuberculose de l'urètre et en particulier du rétrécissement tuberculeux urétral.* — Strasbourg Méd., 5 Avril 1932.

TABLE DES MATIERES

1° — *INTRODUCTION* 9

2° — *DEFINITION* 11

3° — *OBSERVATIONS* 13

Observation personnelle — Fey et Dossot — Kudlich — H. Blanc — Rieben — Halle et Motz

4° — *ANATOMO-PATHOLOGIE* 27

Lésions tuberculeuses urétrales
de la muqueuse
de la gaine érectile
Lésions tuberculeuses péri-urétrales
du tissu cellulaire péri-urétral
des corps caverneux
de la glande de Cowper
Constatations personnelles

5° — *ETIO-PATHOGENIE* 33

6° — *SYMPTOMATOLOGIE* 35

Forme tumorale
Forme fistuleuse
Forme dysurique par rétrécissement
Constatations personnelles

7° — *PRONOSTIC* 39

8° — *CONDUITE THERAPEUTIQUE* 41

Forme tumorale et abcès froid péri-urétral
Forme fistuleuse
Rétrécissement urétral d'origine tuberculeuse

9° — *CONCLUSION* 47

10° — *BIBLIOGRAPHIE* 49

11° — *TABLE DES MATIERES* 51